



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicológica en un adulto mayor con
demencia por hipotiroidismo**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Pacurucu Siguencia, Luis Emmanuel

Director: Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 28 de febrero de 2024

Doctora.

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicológica en un adulto mayor con demencia por hipotiroidismo realizado por Luis Emmanuel Pacurucu Siguencia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgs. Erick Gabriel Valarezo Guzmán

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: egvalarezo@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Luis Emmanuel Pacurucu Sigüencia, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicológica en un adulto mayor con demencia por hipotiroidismo, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología y resultados, siendo Erick Gabriel Valarezo Guzmán, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Luis Emmanuel Pacurucu Siguencia

C.I.: 1104729213

Correo electrónico: lepacurucu@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Querida familia,

Me gustaría dedicar estas palabras a cada uno de ustedes, quienes han sido pilares fundamentales en mi camino hacia la culminación de esta tesis.

A mis amados padres, quienes desde el principio me inculcaron el valor del respeto y me brindaron su inquebrantable apoyo, quiero expresar mi profunda gratitud. Pues su confianza en mí y su constante aliento fueron el motor que me impulsó a superar cada obstáculo. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este largo proceso y por inspirarme con vuestro amor incondicional.

A mis queridos hermanos, quienes han compartido conmigo risas, alegrías y momentos de complicidad, les agradezco por ser mi fuente de inspiración. Vuestra presencia llena de energía y vuestra capacidad para enfrentar los desafíos de la vida me han dado fuerzas para seguir adelante. Siempre serán mi refugio y mi mayor motivación. Como hermano, aspiro a ser un modelo a seguir para cada uno de ustedes, guiándolos con amor, apoyo y enseñanzas que puedan ayudarles en su propio camino. Deseo ser una influencia positiva en sus vidas, alentándolos a alcanzar sus metas y recordándoles constantemente el valor de la perseverancia y el crecimiento personal.

A mis amados abuelos, cuya sabiduría y experiencia han dejado una huella imborrable en mi corazón, les dedico este logro. Vuestra presencia y consejos han sido una fuente inagotable de conocimiento y fortaleza. A través de vuestro ejemplo, he aprendido la importancia de la perseverancia y el amor por el aprendizaje. Vuestras palabras de aliento y consejos sabios han sido un faro en momentos de incertidumbre. Vuestra confianza en mis habilidades ha sido un gran estímulo para alcanzar la excelencia académica.

A toda mi querida familia, por vuestro amor, comprensión y paciencia a lo largo de esta travesía, les dedico el fruto de mi arduo trabajo. Vuestro apoyo y ánimo en los momentos difíciles han sido esenciales para llegar hasta aquí. Cada uno de ustedes ha marcado mi vida y estoy infinitamente agradecido por contar con su amor incondicional.

Con todo mi amor y gratitud, Luis Emmanuel Pacurucu Siguencia.

Agradecimiento

Agradezco de corazón a la Universidad Técnica Particular de Loja no solo por brindarme una educación de calidad, sino también por proporcionar las instalaciones y los recursos necesarios para mi formación académica. Su compromiso con la excelencia educativa ha sido un factor clave en mi desarrollo y en la realización de esta tesis. Estoy profundamente agradecido por el respaldo y el apoyo brindados a lo largo de mi trayectoria en esta prestigiosa institución.

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mi respetado tutor, Erick Gabriel Valarezo Guzmán, por su dedicación, orientación y valiosos aportes durante todo el proceso de investigación. Su conocimiento experto y su disposición para guiarme han sido invaluable. Gracias a su paciencia y compromiso, he adquirido una perspectiva más clara y sólida en mi área de estudio.

También quiero agradecer a mis profesores y docentes, quienes me han brindado sus conocimientos y han estimulado mi curiosidad intelectual. Su dedicación y entusiasmo por la enseñanza han sido una fuente constante de inspiración. Cada lección impartida ha contribuido en gran medida a mi desarrollo académico y personal.

Agradezco de manera especial a mi familia, quienes han sido mi principal fuente de apoyo y motivación. Su amor incondicional, paciencia y comprensión me han dado la fortaleza necesaria para enfrentar los desafíos que se presentaron durante este proceso. Gracias por creer en mí y por alentarme constantemente a perseguir mis metas.

Además, deseo reconocer a mis amigos y seres queridos por su apoyo y aliento durante esta etapa. Sus palabras de aliento, comprensión y compañía han sido una inyección de ánimo en momentos de duda y cansancio. Su presencia en mi vida ha sido fundamental para mantenerme motivado y enfocado en mi objetivo.

Por último, quiero expresar mi gratitud a todas las personas que, de alguna manera u otra, han contribuido a mi formación académica. Sus consejos, comentarios y colaboración han enriquecido mi trabajo y me han permitido crecer tanto a nivel académico como personal.

Índice de contenido

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido.....	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 Motivo de consulta	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología	9
1.2 Proceso de evaluación	11
1.3 Proceso diagnóstico	19
1.3.1 Diagnóstico presuntivo o definitivo.....	19
Metodología.....	23
2.1 Tratamiento/Intervención	23
2.1.1 Objetivos terapéuticos	23
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	23

Capítulo tres	33
Resultados	33
Discusión	37
Conclusiones.....	43
Recomendaciones	44
Referencias	45

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la observación	13
Tabla 2 Resultados de los instrumentos	17
Tabla 3 Plan de tratamiento	23

Indice de figuras

Figura 1 Genograma de la paciente.....	7
Figura 2 Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	33
Figura 3 Escala de Lawton y Brody	34
Figura 4 Escala Este II de soledad Social	35
Figura 5 Habilidades sociales de Golden y col	36

Resumen

El presente caso trata sobre una adulta mayor de 91 años que asistió de manera voluntaria a un Centro Gerontológico para una valoración psicológica. La paciente presenta problemas de memoria, esta situación ha afectado su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, lo que a su vez ha generado un estado de ánimo irritable, sentimientos de soledad y dificultad para relacionarse con los demás. Para evaluar la sintomatología se utilizaron diversas técnicas que incluyeron entrevistas psicológicas, observación y reactivos psicológicos. Estas herramientas permitieron tener una visión más completa del estado emocional, cognitivo y conductual. De esta manera se confirmó el diagnóstico de Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar (F02.8) establecido en el CIE-10. Respecto al tratamiento se aplicó una intervención cognitivo conductual y terapia ocupacional de ocho sesiones de duración más una de seguimiento orientada a evaluar la efectividad del tratamiento. Se lograron cumplir los objetivos terapéuticos evidenciando un incremento en su capacidad cognitiva. Además, se observó una disminución significativa en los sentimientos de soledad y se pudo desarrollar sus habilidades sociales.

Palabras clave: Terapia ocupacional, Demencia, Actividades de la vida diaria.

Abstract

The present case is about a 91-year-old elderly woman who voluntarily attended a Gerontological Center for a psychological evaluation. The patient reports having memory problems; this situation has affected her ability to carry out activities of daily living, which in turn has generated an irritable mood, feelings of loneliness and difficulty relating to others. To evaluate the symptomatology, various techniques were used, including psychological interviews, observation and psychological reagents. These tools provided a more complete picture of the emotional, cognitive and behavioral state. In this way, the diagnosis of Dementia in specific diseases classified elsewhere (F02.8) established in the ICD-10 was confirmed. Regarding the treatment, a cognitive-behavioral intervention and occupational therapy of eight sessions plus one follow-up session were applied to evaluate the effectiveness of the treatment. The therapeutic objectives were achieved, evidencing an increase in her cognitive capacity. In addition, a significant decrease in feelings of loneliness was observed and social skills were developed.

Keywords: Occupational therapy, Dementia, Activities of daily living.

Introducción

El envejecimiento es un fenómeno universal que se caracteriza por ser un proceso continuo, irreversible y dinámico que conlleva cambios biopsicosociales a lo largo del tiempo. Este proceso, además de ser único para cada persona, implica tanto pérdidas como ganancias, y contribuye a la individualización de cada ser humano (Barraza y Castillo, 2006). Además, se ha establecido que el envejecimiento trae consigo condiciones que pueden generar una mayor sensación de soledad en los adultos mayores (Ayllón y Arrieta, 2021).

El sentimiento de soledad en las personas mayores puede derivar de su exposición a eventos que generan cambios significativos en sus relaciones sociales, lo cual las hace más susceptibles a experimentar dicha sensación. Además, diversos factores están vinculados a este sentimiento, como el género, la edad, el empleo, la educación, los recursos financieros, la salud y el lugar de residencia (Cohen et al., 2016).

Asimismo, las capacidades físicas y las enfermedades mentales actúan como desencadenantes del sentimiento de soledad en las personas mayores, sobre todo si viven solas. Por consiguiente, existe una asociación negativa entre la salud y la soledad en este grupo demográfico (Palma y Escarabajal, 2021).

Otro de los problemas que se dan en los adultos mayores es la demencia, la cual se caracteriza por un deterioro cognitivo significativo en comparación con el nivel previo de funcionamiento. Este deterioro puede afectar uno o varios dominios cognitivos, como la atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidades perceptivo-motoras y cognición social. Este declive tiene un impacto negativo en la vida del individuo, ya que disminuye su independencia, lo cual afecta su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias y de esta manera genera repercusiones a nivel psicológico (Luna y Vargas, 2018).

Dicha condición es más frecuente en la población adulta mayor y, en la mayoría de los casos, conlleva a una discapacidad significativa. Como resultado, aumenta la mortalidad en este grupo de edad y se asocia con una mayor demanda de servicios de salud. (Luna y Vargas, 2018). Por ejemplo, se estimó que en el año 2019 alrededor de 55,2 millones de

personas en todo el mundo padecen demencia. Mientras que en la Región del Pacífico Occidental se registran 20,1 millones de personas afectadas, siendo la región con más casos en el mundo, seguida de la Región de Europa con 14,1 millones, la Región de las Américas 10,3 millones, la Región de Asia Sudoriental 6,5 millones, la Región del Mediterráneo Oriental con 2,3 millones y por último la Región de África con 1,9 millones de personas con este padecimiento (OMS, 2023). Todas estas cifras nos permiten ver la magnitud de este problema y la prevalencia en todo el mundo.

Centrándonos en América latina, un estudio de revisión sistemática realizada por (Sánchez et al., 2019), analizó la frecuencia de demencia en la población adulta mayor de ocho países latinoamericanos, entre ellos Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Los hallazgos revelaron que la prevalencia global de demencia en esta región es del 11%, siendo más común en mujeres y en áreas urbanas.

Con relación a Ecuador, particularmente en la provincia de Pichincha, se ha observado una preocupante prevalencia de demencia en las personas mayores de 65 años, según los hallazgos de (Espinosa et al., 2012), quienes estimaron que alcanza un 36%. Este dato resalta la importancia de abordar el impacto del declive cognitivo en esta población. Así mismo, se ha identificado que la edad y el nivel educativo son factores de riesgo clave para el deterioro cognitivo. Investigaciones más recientes, como el estudio realizado por (Yanet et al., 2021), han revelado que el deterioro cognitivo es frecuente en pacientes adultos mayores con hipotiroidismo. Estos resultados destacan la necesidad de implementar estrategias preventivas y de atención integral que aborden estos factores de riesgo y promuevan la salud cognitiva en los adultos mayores de la provincia de Pichincha.

Además, en un estudio realizado en un establecimiento de salud del IESS en la ciudad de Cuenca, donde participaron 391 personas con una edad promedio de 70 años, se concluyó que el 17,1% de los participantes presentaron deterioro cognitivo (Estévez et al., 2014). Se encontró que enfermedades crónicas como la diabetes y la artrosis están estrechamente relacionadas con el deterioro cognitivo y la probabilidad de presentar depresión, mientras que la hipertensión arterial no mostró asociación estadística.

Del mismo modo, en las provincias de Loja, EL Oro y Zamora Chinchipe se encontró que el 25,5% de los participantes padecen deterioro cognitivo. Este problema se observó con mayor frecuencia en adultos provenientes de familias disfuncionales en comparación con los adultos mayores pertenecientes a familias funcionales (Bueno et al., 2018).

Tomando en cuenta todo lo anterior, se considera fundamental abordar la problemática de la demencia y la salud mental en los adultos mayores, debido a que existen proyecciones alarmantes sobre el aumento de la población con demencia. Pues más, en la actualidad existe un aproximado de 55 millones de personas con demencia en la actualidad, sin embargo, se estima que esta cifra incrementará a 78 millones en el año 2030 y mientras que para el año 2050 la cifra será de 139 millones, según datos de las (ONU, 2023). Estas cifras destacan la magnitud del problema y la necesidad imperante de investigar y abordar eficazmente esta condición. Ahora, respecto a la salud mental se ha observado que existe un 20% de problemas mentales en la población adulta mayor (Mendonça y Ivbijaro, 2013).

Esto significa que una proporción significativa de adultos mayores experimenta dificultades emocionales y mentales como el sentimiento de soledad, que pueden tener un impacto negativo en su calidad de vida y bienestar. A este sentimiento de soledad, se le debe de dar la misma importancia que a los problemas de salud física, ya que el deterioro emocional puede agravar las manifestaciones de la demencia y aumentar la dependencia funcional (Zambrano y Estrada, 2020).

Por tal razón, se considera de suma importancia realizar más estudios sobre la demencia y la soledad en adultos mayores que nos brinden un panorama más claro para poder comprender a profundidad el impacto y la carga social de este padecimiento. Específicamente, en el contexto del Ecuador y más aún en la ciudad de Loja, donde se carece de suficientes investigaciones desde el punto de vista psicológico que nos permitan mejorar el diagnóstico temprano, el manejo clínico y el desarrollo de terapias efectivas para hacer frente a esta patología. La realización de estos estudios psicológicos contribuiría a llenar ese vacío de conocimiento y proporcionaría información valiosa sobre las necesidades específicas de los pacientes con demencia en la región.

Entre las intervenciones terapéuticas para abordar la demencia o los sentimientos de soledad tenemos a la terapia ocupacional y cognitivo conductual. La terapia ocupacional se emplea con el propósito de promover, desarrollar, restaurar o mantener las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias, con el fin de prevenir la discapacidad asociada (Orozco et al., 2021). Mientras que la terapia cognitivo conductual según (Karlin et al., 2015) facilita que la persona aprenda y aplique estrategias específicas para la modificación de los pensamientos o comportamientos desadaptativos. Además, se ha señalado que esta modalidad terapéutica es efectiva en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (Rosique y Sanz, 2013).

Esta investigación se estructura en tres capítulos. El primer capítulo se centra en el marco teórico, donde se detallan aspectos como la identificación del paciente, el motivo de consulta y la historia del problema. También se aborda el proceso de evaluación y el diagnóstico del paciente. En el segundo capítulo se presenta la metodología utilizada, incluyendo el tratamiento, el plan terapéutico y las intervenciones. Aquí se exponen los objetivos y se describen las técnicas empleadas. Finalmente, en el tercer capítulo se destacan los resultados obtenidos, se lleva a cabo la discusión y se presentan las conclusiones. Además, se ofrecen recomendaciones y se citan las referencias empleadas.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

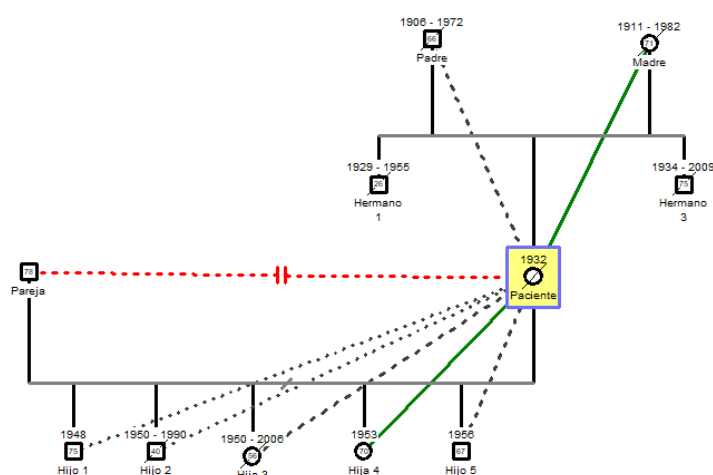
1.1.1 Identificación del paciente

N.N. es una mujer católica de 91 años originaria de Loja, Ecuador. De estado civil soltera, tiene 5 hijos y actualmente vive sola. Es de etnia mestiza, y su nivel socioeconómico es bajo, razón por la cual ha trabajado desde la edad de 11 años, consecuencia de esto tuvo que abandonar sus estudios, sin embargo, menciona que aprendió a leer, escribir y realizar las operaciones matemáticas básicas, en la actualidad, debido a su avanzada edad, no se encuentra trabajando.

Genograma

Figura 1

Genograma de la paciente



Nota. La paciente ha experimentado la pérdida de cinco hijos, de los cuales no menciona, ni habla sobre el padre de ellos.

A través del análisis del genograma, se ha observado que la paciente en cuestión proviene de una estructura familiar nuclear. Sin embargo, presentaba una relación distante o deficiente con su padre, mientras que con su madre se estableció una relación satisfactoria o armónica.

Por otra parte, N.N., la paciente en cuestión ha conformado una familia monoparental debido a una relación distante con el padre de sus hijos, lo cual condujo a su separación. Asimismo, se ha identificado que N.N. mantiene una relación de indiferencia o distanciamiento con la mayoría de sus hijos, a excepción de su cuarta hija con quien mantiene una buena relación.

1.1.2 Motivo de consulta

N.N se presenta de manera voluntaria en el Centro Gerontológico para someterse a una evaluación psicológica como persona adulta mayor. Durante la primera entrevista, la paciente expone como problema que aproximadamente hace dos años atrás ha venido presentando déficits en la memoria. Estas dificultades se manifiestan en la incapacidad para recordar conversaciones, eventos recientes o acontecimientos del pasado, aunque con baja frecuencia. N.N dice *“cuando hago alguna comida a veces se me olvida de apagar la hornilla o le pongo sal en vez de azúcar al café”*. Estos problemas están teniendo un impacto significativo en sus actividades diarias pues durante los últimos dos meses esta sintomatología se ha intensificado al presentarse la mayor parte del día casi todos los días. Además de los problemas de memoria, la paciente informa tener miedo a volverse loca, dificultad para concentrarse y una sensación de inquietud que ha llevado a un aumento en la irritabilidad. En cuanto a los sentimientos de soledad, la paciente experimenta estos sentimientos principalmente por las mañanas *“Cuando despierto siento que la casa está vacía y no tengo con quien hablar ni quien me cuide”*. Sin embargo, cuando asiste al centro gerontológico todos estos sentimientos son olvidados.

Es de vital importancia destacar que, como parte del inicio del proceso terapéutico, se realizó una completa orientación a la paciente sobre la importancia y el alcance de la

confidencialidad en el tratamiento. Además, se le entregó un documento que detalla los principios y las normas de confidencialidad. La paciente leyó atentamente el documento, posteriormente expresó su consentimiento para cumplir con estas normas.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

El problema inicia alrededor de hace dos años pues N.N comenzar a percatar que le cuesta recordar ciertas cosas. En un principio, ella no le dio importancia y pensó *‘son cosas que nos puede pasar a cualquiera’* pues esto no representaban una dificultad en su diario vivir. No obstante, transcurridas unas semanas, se manifiesta en ella un episodio de olvido de gran magnitud, ya que refiere no recordar dónde dejó las llaves de su residencia y comienza a buscarlas de manera exhaustiva. Este olvido significativo comienza a generarle inquietud y llega incluso a pensar “me estoy volviendo loca” sin embargo minutos después al encontrar las llaves atribuye este episodio de olvido a una distracción momentánea o a un lapsus de memoria, manifestando *“como ya estoy vieja esto es normal”*. A lo largo de los dos años siguientes, los episodios de amnesia se volvieron más frecuentes, llegando al punto de tenerlos casi todos los días. N.N menciona que incluso presentado dificultades para recordar conversaciones o palabras durante las interacciones con sus compañeros, lo cual le causa una constante preocupación debido a que *‘En una ocasión me estaba preparando la comida y puse a hervir el agua, mientras tanto fui a barrer el cuarto entonces me olvide de lo que estaba cocinado y deje prendida la hornilla’* este acontecimiento alerta a la paciente llegando a decir *‘tengo miedo de algún día dejar prendida la hornilla y terminar quemando la casa’*

Además de los problemas de memoria y los frecuentes olvidos, la paciente también refiere dificultades actuales para aprender nuevas cosas. Ha notado que le resulta cada vez más difícil seguir instrucciones o retener información relevante. Por otro lado, N.N menciona que experimenta dificultades para pensar en general al intentar realizar tareas o actividades. Este problema cognitivo puede dificultar la planificación, la toma de decisiones y resolución de problemas en su vida diaria.

Es de suma importancia destacar que la paciente asiste a consultas psicológicas en raras ocasiones en el centro gerontológico, sin embargo, hasta el momento, no se han

abordado los síntomas cognitivos que menciona. Debido a esta situación, la paciente ha solicitado ayuda para tratar este padecimiento y reducir su sintomatología. Su objetivo es poder llevar a cabo sus actividades de forma independiente y mejorar su capacidad de relacionarse con los demás de manera más efectiva.

N.N cuenta con varios factores de protección que principalmente provienen del centro gerontológico en el que se encuentra, pues se ha convertido en un entorno seguro para la paciente, brindándole diversos beneficios para su bienestar. Por ejemplo, dicho centro le proporciona un valioso apoyo social. A través de este entorno, N.N ha tenido la oportunidad de establecer relaciones con otras personas, formando amistades significativas. Estas amistades le brindan un apoyo emocional fundamental, ayudándola a enfrentar los desafíos diarios y proporcionándole un sentido de pertenencia y compañía.

Además, el centro gerontológico también se preocupa por promover un estilo de vida saludable entre sus residentes, esto beneficia a N.N directamente en estas iniciativas. A través de charlas educativas y actividades de ejercicio físico, se fomenta la adopción de hábitos saludables en la paciente. La alimentación proporcionada en el centro también contribuye a una dieta equilibrada y nutritiva, garantizando así su bienestar físico.

Por otro lado, N.N presenta diversos factores de riesgo que la vuelven vulnerable a padecer problemas psicológicos. Por ejemplo, ser una persona adulta mayor que vive sola y tiene una mala relación con su familia. Esta circunstancia ha generado una escasa red de apoyo familiar, lo cual puede afectar su bienestar emocional y aumentar su sensación de soledad.

Además, N.N se encuentra en una situación socioeconómica desfavorable, lo que puede limitar su acceso a recursos o servicios que podrían mejorar su calidad de vida. Asimismo, la presencia de enfermedades crónicas como hipotiroidismo y diabetes, para poder corroborar este diagnóstico se le ha pedido traer los exámenes médicos donde se estipulen dichos diagnósticos.

1.2 Proceso de evaluación

es una subdisciplina de la psicología que se encarga del análisis del comportamiento con fines aplicados, como el diagnóstico, la orientación, la selección o el tratamiento. Este proceso requiere de un enfoque complejo en el cual el psicólogo, a partir de la información inicial recopilada, formula hipótesis, deduce enunciados que pueden ser verificados, lleva a cabo dicha verificación y, finalmente, llega a conclusiones específicas (Ballesteros, 2000).

En base a lo anterior, el proceso de evaluación se desarrolló en un lapso de cuatro sesiones, una vez por semana en el centro gerontológico. En estas sesiones se emplearon una serie de baterías psicológicas arduamente seleccionadas con el objetivo de recaudar información necesaria, así mismo se utilizó otros métodos de evaluación como la observación clínica, la entrevista psicológica que tuvieron un tiempo de duración de 45 a 50 minutos por cada sesión.

1.2.1 Entrevista con la paciente

Se define a la entrevista como “Un proceso dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación de un tratamiento” (Luna, 2021).

- **Primera entrevista:** Durante la primera entrevista, se estableció un rapport a través de una conversación informal, enfocada en el contexto del centro gerontológico al que asiste la paciente. Posteriormente, se llevó a cabo la recopilación de información sobre el estado prenatal y natal del paciente, se exploraron aspectos relacionados con su infancia, adolescencia y adultez, y se abordó el motivo de consulta. Es importante mencionar que, en cuanto a los datos prenatales, natales y posnatales, la paciente proporcionó poca información, ya que manifestó “*esos temas nunca hablé con mis padres*”. A pesar de ello, se continuó con la entrevista y se administraron instrumentos como el Test Montreal Cognitive Assessment y la Escala Geriátrica de Yesavage.

- **Segunda entrevista:** En la segunda entrevista psicológica se recopiló información detallada sobre el inicio de la problemática, poniendo énfasis en la sintomatología presentada, su temporalidad y duración. Además, se indagó acerca del impacto emocional y funcional de estos síntomas en su vida cotidiana.

También se exploró el motivo de consulta, la calidad de la relación con su familiar y sus interacciones sociales, así como se identificaron las redes de apoyo disponibles. Como parte del proceso, se administraron la Escala Geriátrica (GAS 1) y el Cuestionario de Personalidad (SEAPSI).

- **Tercera entrevista:** En la tercera sesión de evaluación, se procedió a la aplicación de la Escala de Soledad Social ESTE-II como primer paso, seguido de la Escala de Lawton y Brody. Estos instrumentos fueron utilizados con el objetivo de obtener información adicional sobre el grado de dependencia de la paciente y obtener una perspectiva más precisa acerca de su nivel de soledad.

- **Cuarta entrevista:** En la cuarta sesión, se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales Arnold Goldstein & Col, con el propósito de evaluar las capacidades sociales de la paciente. Este instrumento nos permitió medir su nivel de habilidades en este ámbito. Posteriormente, se procedió a brindar una explicación detallada sobre el enfoque y las estrategias de intervención que se utilizarán para abordar las problemáticas mencionadas. Se establecieron las pautas y se delineó el modelo terapéutico que se seguirá en las próximas sesiones.

1.2.2 Observación clínica

La observación se define como una técnica que permite obtener datos perceptibles sobre la unidad de análisis, como las características de los sujetos, incluyendo su comportamiento verbal y no verbal en diversas situaciones (Piacente, 2009). Teniendo esto en cuenta, se llevó a cabo la observación clínica durante las sesiones para recopilar la máxima cantidad de información posible que nos ayudara a realizar un diagnóstico adecuado.

Resultados de observación

A través de la evaluación de las funciones mentales, mediante la observación y exploración de los signos y síntomas, se realizó un examen exhaustivo de elementos como la actitud, apariencia, orientación, memoria, atención, motricidad, afecto, lenguaje y pensamiento. Estos aspectos fueron evaluados con el objetivo de describir de manera precisa la situación cognitiva del paciente y obtener un panorama completo de su funcionamiento mental. (Navarro et al., 2017). Durante la evaluación, se pudo constatar que N.N. presenta un estado de lucidez notable, demostrando una buena capacidad de orientación en relación con su propia identidad, así como en cuanto al tiempo y el espacio. No obstante, se observaron dificultades en su capacidad de atención, mostrando dificultad para mantenerla de manera sostenida. Además, se identificó una disminución tanto en la memoria anterógrada como en la retrograda. Otros aspectos destacados incluyeron la presencia de indiferencia afectiva, descontrol emocional, irritabilidad e ideas fijas.

En relación al lenguaje, se puede observar que la paciente demostró fluidez verbal, aunque se evidenció un ligero deterioro en la conservación de su expresión verbal. Al hablar, lo hizo de manera clara y con un tono de voz normal. Respecto a la esfera afectiva, se percibió un estado de ánimo aparentemente normal, aunque se encontraron sentimientos de soledad presentes.

En términos de su apariencia, la paciente se presentó a la consulta con una vestimenta acorde a su edad, luciendo ropa limpia. Así mismo, se pudo notar que prestaba atención a su higiene personal. Durante la interacción, se expresó de manera articulada y comprensible.

Tabla 1

Resultados de la observación

Observación	Resultados
Sesión 1-3	✓ Orientación en tiempo y espacio
	✓ Vestimenta acorde a su edad
	✓ Ropa limpia
	✓ Lenguaje y expresión dentro de lo normal
	✓ Indiferencia afectiva
	✓ Descontrol emocional
	✓ Irritabilidad

Nota. En la tabla se observa los resultados de la observación durante las primeras sesiones

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

✓ Escala geriátrica de Yesavage (GDS-15) (Yesavage y Sheikh, 1986)

Una de las escalas que nos permiten medir la depresión, en la población adulta mayor es la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (GDS), esta fue creada en el año de 1982 (Yesavage et al., 1982), debido a que sus autores pensaban que los instrumentos desarrollados para jóvenes no se podían aplicar para la población de adultos, la primera versión consta de 30 ítems, posteriormente en el año de 1986 fue modificada a una más corta compuesta de 15 preguntas (Yesavage y Sheikh, 1986) y tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado.

Un estudio descriptivo, con diseño transversal, realizado en el periodo de agosto de 2019 a marzo de 2020, compuesto por 85 adultos mayores que asistían a las casas de abuelos del municipio Holguín nos dice que el coeficiente de correlación para la fiabilidad test-retest del cuestionario de Yesavage abreviado es considerable y significativo. Mientras que el coeficiente de confiabilidad general para la consistencia interna de este instrumento fue bueno (0,83) (Rodríguez et al., 2022).

✓ Test de Evaluación Cognitiva Montreal MOCA (Aguilar Navarro et al., 2018)

El test de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) fue creada el Dr. Nasreddine y colaboradores en el año del 2005 en la ciudad de Montreal en Estados Unidos, el objetivo de este instrumento es el tamizaje para la detección del deterioro leve y diferenciar de alteraciones cognitivas por el envejecimiento normal (Delgado et al., 2019).

El Moca es una herramienta utilizada para evaluar la función cognitiva y explorar seis dominios clave. El primer dominio es la memoria, donde se puede obtener una puntuación máxima de 5 puntos. El segundo dominio evalúa la capacidad visuoespacial, con una puntuación máxima de 4 puntos. El tercero se enfoca en la función ejecutiva, donde se puede obtener un máximo de 4 puntos. El cuarto dominio se centra en la atención, concentración y

memoria de trabajo, con una puntuación máxima de 5 puntos. El quinto dominio evalúa el lenguaje, con una puntuación máxima de 5 puntos, y el sexto y último dominio se enfoca en la orientación, donde se puede obtener una puntuación máxima de 6 puntos. Por lo tanto, la puntuación máxima posible en el test es de 30 puntos, mientras que la puntuación mínima es de 0 puntos, es decir, entre más alta es la puntuación mejor será la función cognitiva. El tiempo requerido para completar el test es de unos 10 minutos, y se otorga un punto adicional a los sujetos que han tenido una educación de 12 años o menos. Por otro lado, respecto al índice de confiabilidad del moca se obtuvo un resultado de 0,89 (Aguilar Navarro et al., 2018).

✓ **Escala de soledad social ESTE- II** (Jaimes, 2014)

Con el propósito de analizar la percepción subjetiva del individuo respecto al grado de satisfacción en sus interacciones sociales y la experiencia emocional asociada, Pinel y Rubio desarrollaron en 2009 el ESTE II, conocido como la escala de "Soledad Social" (Russo et al., 2020). Esta escala consta de 30 ítems del tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuyas puntuaciones oscilan entre 1 y 5. Los ítems se dividen en cuatro factores principales: 1) Soledad familiar, 2) Soledad conyugal, 3) Soledad social y 4) Crisis existencial (Jaimes, 2014).

Se evaluó la confiabilidad de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, utilizado como una medida de la consistencia interna. Los resultados mostraron un coeficiente de 0.66 para la versión original de la escala. Por otro lado, la versión ESTE-II de la Escala de Soledad Social, que consta de 15 ítems, arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72.

✓ **Cuestionario de personalidad de la (SEAPSI)** (Simancas, 2017)

Se trata de un instrumento de respuesta selectiva que engloba 10 variantes de personalidad. Estas variantes se agrupan en cuatro dimensiones distintas. La primera dimensión es la de las Personalidades Afectivas, que se subdividen en Histriónica y Ciclotímica. La segunda dimensión es la de las Personalidades Cognitivas, que incluye la Anancástica y la Paranoide. La tercera dimensión se refiere a las Personalidades Comportamentales, que abarcan la Inestable y la Disocial. Por último, encontramos la dimensión de las Personalidades con Déficit en las Relaciones, que incluye la Evitativa, la Dependiente, la Esquizoide y la Esquizotípica (Balarezo, 2010).

Un estudio de personalidad en estudiantes universitarios realizado por la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador, donde se evaluó y analizó la personalidad mediante el cuestionario del SEAPSI Modificado donde se obtuvo una confiabilidad del 0.80 (Simancas, 2017), suprimiendo el tipo de personalidad esquizoide y el trastorno de personalidad antisocial.

✓ **Escala de Habilidades Sociales** (Aguirre, 2004)

El instrumento utilizado es la escala de habilidades sociales de Goldstein (Aguirre, 2004), adaptada para su aplicación electrónica. Esta escala evalúa las habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con el manejo de sentimientos y habilidades sociales alternativas. La escala de habilidades sociales de Goldstein consta de 50 reactivos organizados por grupos de habilidades. Cada reactivo se responde de acuerdo a una escala del 1 al 5: “nunca utiliza bien la habilidad” (1), “casi nunca utiliza bien la habilidad” (2), “a veces utiliza bien la habilidad” (3), “casi siempre utiliza bien la habilidad” (4) y “siempre utiliza bien la habilidad” (5) (Aguirre, 2004).

(Sánchez A. K., 2022) nos menciona que la lista de chequeo de Habilidades Sociales se encuentra comprendida por VI grupos de habilidades, todos estos son considerados como grupos confiables. El instrumento es válido al presentar diferencias significativas frente a los promedios altos y bajos de cada área, esto según expertos. Para finalizar, la consistencia interna de Alpha Cronbach tiene una puntuación de 0.95, en otras palabras, es la escala de habilidades sociales es confiable.

✓ **Escala de Lawton y Brody** (Arenas et al., 2023)

La Escala de Lawton y Brody fue desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center en el año de 1969 para poder evaluar la autonomía física en población anciana, institucionalizada o no. Posteriormente, en el año de 1993 se realizó una traducción al español donde se evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems como la capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada uno de estos ítems se le asigna un valor numérico de uno o cero.

(Jiménez et al., 2016) nos muestra una validez de 0.94, mientras que la fiabilidad de 0.85

✓ **Escala Geriátrica de Ansiedad de Segal y Payne** (Segal et al., 2010)

Segal et, al en (2010) con el objetivo de crear una escala para evaluar la ansiedad en las personas adultas mayores crean el GAS (por sus siglas en ingles). Esta escala consta de 30 ítems, los cuales se subdividen de la siguiente manera: 9 relacionados con la subescala somática, 8 a la subescala cognitiva, 8 a la subescala afectiva y 5 relacionados a la subescala clínica. Es importante mencionar que la última subescala es utilizada para sondear posibles situaciones ansiógenas, por lo que su puntaje no se debe sumar al puntaje final de la escala. Los ítems son de tipo Likert donde 0 es para nada, 1 algunas veces, 2 la mayor parte del tiempo y 3 todo el tiempo, respecto a las puntuaciones pueden de 0 a 75, además cuenta con una consistencia interna de alfa de cronbach de 0, 90 (Blanco, 2015).

Tabla 2

Resultados de los instrumentos

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de personalidad de la (SEAPs)	Histriónica (7/10) y Paranoide (9/10)	Presenta rasgos de personalidad histriónica y paranoide
Escala geriátrica de Yesavage	4/15	La paciente no presenta depresión.
Test de Evaluación Cognitiva Montreal MOCA	10/15	Probable deterioro cognitivo leve
Escala de Soledad Social Este II	19/30	Presencia de un nivel medio de soledad
Escala de Habilidades Sociales Arnold Goldstein & Col	47,9	Se presenta un nivel bajo de habilidades sociales
Escala de Lawton y Brody		Se evidencia una dependencia grave.
Escala Geriátrica de Ansiedad de Segal y Payne	3/8	Sin ansiedad clínicamente significativa
	7/70	

- **Cuestionario de personalidad de la (SEAPSI)**

Una vez aplicado el cuestionario SEAPSI se pudo evidenciar la presencia de dos rasgos de personalidad muy demarcados en la paciente, estos fueron: histriónica con una puntuación de (7/10) y el rasgo de personalidad paranoide con una puntuación de (9/10).

- **Escala geriátrica de Yesavage**

Tras analizar la escala geriátrica de Yesavage, se observó un resultado de 4/15 lo que significa que la paciente no presenta signos o síntomas significativos para que se la catalogue como una persona con depresión.

- **Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)**

Los datos recopilados a través de Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) revelaron la existencia de un probable deterioro cognitivo leve, pues la paciente obtuvo un resultado de 10/15 en el test.

- **Escala de Soledad Social Este II**

La aplicación de la Escala de Soledad Social Este II permitió identificar la existencia de un nivel medio de soledad, esto debido a que la paciente consiguió una puntuación de 19/30.

- **Escala de Habilidades Sociales Arnold Goldstein & Col**

Basándonos en los resultados de la Escala de Habilidades Sociales Arnold Goldstein & Col se pudo inferir la existencia de un nivel bajo de habilidades sociales, pues el resultado arrojado por la escala fue de 47,9.

- **Escala de Lawton y Brody**

El análisis de los datos arrojados por el instrumento evidenció la presencia de un nivel de dependencia grave en la paciente obtuvo una puntuación de 3/8.

- **Escala Geriátrica de Ansiedad de Segal y Payne**

Los resultados de la Escala Geriátrica de Ansiedad de Segal y Payne fueron de 7/70, esto significa que la paciente no presenta signos o síntomas clínicamente significativos de una persona que padece ansiedad.

1.3 Proceso diagnóstico

El concepto de diagnóstico psicológico ha ido cambiando durante los últimos años, por ejemplo, Kanfer y Saslow en el año de 1965 y 1969 nos hablan del análisis y diagnóstico conductual, por otro lado, Baer, Wolf y Risley empleaban los términos de análisis funcional de la conducta, término que se mantuvo hasta la década de los 70 (Pallás y Ilorens, 2010).

Se puede definir al proceso, diagnóstico como un conjunto de procedimientos y técnicas que involucran la identificación de los factores de riesgo que pueden o no influir en el desarrollo de un trastorno o enfermedad, así como la evaluación de las opciones de tratamiento y las posibles complicaciones (García de la Fuente, 2014).

Una vez se realice todo este proceso el psicólogo tiene una hipótesis o un diagnóstico presuntivo que se utiliza para explicar aquellas quejas del paciente y que se deriva de un análisis del concepto inicial (Díaz et al., 2006). Una de las referencias para ejecutar el diagnóstico presuntivo fue el CIE-10. Posterior a la entrevista realizada a R.F. se propusieron las siguientes hipótesis que justifiquen sus signos y síntomas.

- Episodio depresivo leve F32.0.
- Trastorno de ansiedad generalizada F41.1
- Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar F02.8

1.3.1 *Diagnóstico presuntivo o definitivo*

Trastorno de ansiedad generalizada: F41.1

Se ha considerado un trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico presuntivo, debido a la presencia de algunos síntomas característicos de dicha patología. Sin embargo, se descarta el diagnóstico en virtud de que los síntomas observados no cumplen con los criterios suficientes establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para su diagnóstico preciso. Además, el instrumento aplicado durante las sesiones terapéuticas nos señala la ausencia de una ansiedad clínicamente significativa para la paciente.

Tras una evaluación exhaustiva y considerando los síntomas que cumple la paciente. Se tomo en cuenta los criterios del CIE-10 como: Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:

Síntomas relacionados con el estado mental:

11. Miedo a perder el control, volverse loco o perder la conciencia

Síntomas generales

16. Inquietud o incapacidad para relajarse.

Otros síntomas no específicos:

19. Presencia de una respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.

20. Dificultad para concentrarse o de tener la "mente en blanco" a causa de preocupación o de ansiedad

21. Irritabilidad persistente.

Se ha considerado un trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico presuntivo, pues presenta algunos síntomas de dicha patología, sin embargo, se descarta el diagnóstico puesto que si bien el tiempo que nos menciona el cie 10 para que se dé el trastorno de ansiedad generalizada los síntomas no son suficientes para catalogarla como tal.

F32.0 Episodio depresivo leve

Durante las sesiones terapéuticas la paciente refirió síntomas que nos podrían sugerir la presencia de un episodio depresivo leve, sin embargo, existen otros aspectos importantes que deben tenerse en cuenta para negar dicha patología puesto que la paciente no cumple con los criterios suficientes para que se presente o se de este trastorno. Por tal razón se descarta el episodio depresivo leve.

Síntomas en relación con un episodio depresivo:

B. presencia de, por lo menos, dos de los siguientes tres síntomas:

2. Perdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente era placenteras.

C. Además, debe estar uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

Diagnóstico final

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar

Es importante destacar que se cumple con el criterio temporal establecido por el CIE-10, el cual requiere la presencia de los síntomas durante al menos 6 meses. En el caso de la paciente evaluada, se ha observado la sintomatología durante un período de 2 años.

Adicionalmente, se ha aplicado el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA), cuyos resultados indican la presencia de un deterioro cognitivo leve en la paciente. Este hallazgo es relevante para el proceso diagnóstico, ya que pueden explicar por qué de algunos síntomas o manifestaciones depresiva y ansiosa.

G1. Existen pruebas de cada uno de los siguientes síntomas:

1. Deterioro de la memoria evidente sobre todo para el aprendizaje de nueva información, aunque en los casos más graves también puede afectarse la evocación de información previamente aprendida. La alteración incluye tanto al material verbal como no verbal.

2. Déficit en otras habilidades cognoscitivas caracterizado por un deterioro en el juicio y pensamiento, tales como la planificación y organización, y en el procesamiento general de la información.

G2. Conciencia del entorno durante un período de tiempo suficientemente largo, que permita la inequívoca demostración de los síntomas del criterio.

G3. Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta al menos por uno de los siguientes:

1. Labilidad emocional.
2. Irritabilidad.
3. Apatía.

4. Embrutecimiento en el comportamiento social.
5. Para que el diagnóstico clínico sea seguro, los síntomas del criterio G1 deben haberse presentado al menos durante seis meses. Si el período transcurrido desde el inicio de la enfermedad es más corto, el diagnóstico sólo puede ser provisional.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

El modelo que se empleó para el desarrollo de las sesiones consistió en utilizar una variedad de técnicas o modelos terapéuticos, de los cuales se tomó las partes validas tanto explicativas como predictivas y se reencuadró en un marco teórico más amplio para así formar un todo, en otras palabras, se trabajó desde una perspectiva psicológica integral (Fernández y Opazo, 2004).

El principal modelo utilizado es la terapia ocupacional la cual se centra en actividades como autocuidado, trabajo y juego, con la finalidad de desarrollar una independencia en la persona, mejorar su desarrollo o prevenir la discapacidad. Todo esto acompañado de la adaptación de las tareas o el ambiente y así lograr la máxima autonomía e independencia y por ende optimizar la calidad de vidas (López et al., 2001).

El segundo modelo terapéutico utilizado es la terapia cognitivo conductual, este es un modelo de tratamiento que se enfoca en ayudar al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras unas más adaptativas (Polo y Díaz, 2011).

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Mejorar las capacidades cognitivas mediante técnicas de estimulación y ejercitación.
- Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras.
- Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional.
- Desarrollar habilidades sociales que permitan un buen ambiente social.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 3

Plan de tratamiento

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	DE TÉCNICA	OBSERVACIÓN
--------	----------------------	--------------------	------------	-------------

1	<p>Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras.</p> <p>Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional.</p>	<p>Psicoeducar sobre la demencia, e emociones e identificarlas.</p> <p>Implementar actividades placenteras con el objetivo de motivar al adulto mayor a ser activo</p>	<p>Psicoeducación de emociones.</p> <p>Identificación de emociones.</p> <p>Activación conductual</p>	<p>Se envió de tarea el registro de emociones para trabajar la próxima sesión.</p>
2	<p>Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras.</p> <p>Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional.</p>	<p>Identificación de emociones.</p> <p>Explicar la influencia de los pensamientos, emociones y conductas.</p> <p>Aprender a detectar los sentimientos y valorarlos.</p>	<p>Identificación de emociones.</p> <p>Autorregistros de emociones.</p> <p>Activación conductual</p>	<p>Sin observaciones</p>
3	<p>Mejorar las capacidades cognitivas mediante técnicas de estimulación y ejercitación.</p> <p>Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras.</p>	<p>Cuestionar pensamientos erróneos.</p> <p>Liberación emocional.</p> <p>Desarrollo cognitivo basado en la identificación de objetos.</p>	<p>Debate socrático</p> <p>Cuentos metafóricos</p> <p>Estimulación cognitiva.</p> <p>(Identificación)</p> <p>Autorregistros de emociones</p>	<p>Sin observaciones</p>
4	<p>Mejorar las capacidades cognitivas mediante técnicas de estimulación y ejercitación.</p>	<p>Cuestionar pensamientos erróneos</p> <p>Estimular y mantener las</p>	<p>Debate socrático</p> <p>Cuentos metafóricos</p> <p>Estimulación cognitiva</p> <p>(Memoria)</p>	<p>Sin observaciones.</p>

	Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras.	los	capacidades de mentales	Técnica de reminiscencia	
	Mejorar capacidades cognitivas técnicas de estimulación y ejercitación.	las	Desarrollo cognitivo del recuerdo diferido. Incrementar la autonomía personal del paciente.	Estimulación cognitiva (Recuerdo diferido) Técnica de reminiscencia Mindfulness Autoinstrucciones	Sin observaciones
5	Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras. Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional.	los	Modificar pensamientos erróneos.		
	Mejorar capacidades cognitivas técnicas de estimulación y ejercitación.	las	Desarrollo cognitivo basado en la identificación de objetos. Incrementar la autonomía personal del paciente.	Estimulación cognitiva (Lenguaje) Autoinstrucciones Técnica de reminiscencia Mindfulness	Sin observaciones
6	Reducir los sentimientos de soledad a través de la promoción de actividades placenteras. Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional.	los	Modificar pensamientos erróneos.		

7	Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional. Desarrollar habilidades sociales que permitan un buen ambiente social.	Incrementar la autonomía personal del paciente. Evitar desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales. Desarrollar habilidades sociales	la Autoinstrucciones Entrenamiento en habilidades sociales Roleplay Mindfulness	Sin observaciones.
8	Fomentar la autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y un bienestar emocional. Desarrollar habilidades sociales que permitan un buen ambiente social.	Evitar desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales. Desarrollar habilidades sociales.	la Roleplay Desarrollo de habilidades sociales Mindfulness	Sin observaciones.
9		Evaluar el desarrollo de las capacidades mentales y retroalimentación de las sesiones pasadas.		Sin observaciones.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

En la primera sesión de tratamiento se aplicó psicoeducación, esta es una técnica donde se le provee al paciente o sus familiares información específica acerca de un tema en particular, dicha información debe estar basada en evidencia científica actual y relevante para que de esta manera se pueda realizar un abordaje adecuado de la patología (Godoy et al. 2020).

En este caso la psicoeducación estuvo orientada en dos temas en particular, el primero fue la demencia donde se le explicó a la paciente sobre esta afección y cuáles son

los principales signos o síntomas que se presentan, una vez expuesto eso junto a la paciente se comenzó a indagar cuales eran los signos y síntomas que se presentaban en ella, para que en las próximas sesiones se puedan trabajar en ellas y disminuirlas. El segundo tema a tratar fueron las emociones, para esto se brindó una breve definición de estas, se habló de las emociones principales y la diferencia de sentimiento y emoción.

Posteriormente de trabajo en la identificación de emociones por medio de la técnica de observación emocional o Ruler, esta técnica es un conjunto de herramientas que se apoyan de las habilidades de inteligencia emocional y se la realiza por medio de una serie de pasos como el reconocimiento de emociones propias y de otros, entendimiento de las causas y consecuencias de las emociones, etiquetado de las emociones con un amplio y preciso vocabulario, expresión de emociones constructivas y regulación efectiva de las emociones (Brackett et al., 2006).

Una vez explicada la técnica de observación se le pidió a la paciente reconocer cuales eran las emociones que ha sentido durante esta última semana, a continuación, se indagó que causaba dicha emoción y sus consecuencias para que posteriormente se etiqueten, esto facilito la expresión de la emoción y su regulación.

Otro aspecto en el que se trabajo fue la activación conductual, esta fue propuesta por (Jacobson et al., 2001) nos menciona que este tratamiento, tiene como objetivo realizar breves intervenciones para que los pacientes logren activarse y aumentar así las experiencias gratificantes en sus vidas, además está estructurado como herramienta fundamental para tratar la depresión y otros trastornos. Para aplicar esta técnica se conversó con la paciente de la importancia de mantenerse activa, posteriormente se realizó una lista de actividades gratificantes para la paciente y se escogió cuales se podrían realizar. Para finalizar la sesión a manera de resumen se habló de los aspectos que más le llamaron la atención a la paciente y que es con lo que se queda de la sesión.

- **Sesión 2:**

En la segunda sesión, se procedió a realizar una entrevista con la paciente para indagar acerca de las dificultades que había experimentado en los días previos.

Posteriormente, se llevó a cabo una retroalimentación respecto a lo abordado en la sesión anterior, con el objetivo de retomar el trabajo en la identificación de emociones mediante la técnica de observación emocional.

En esta ocasión, se centró en la identificación de emociones asociadas a sentimientos de soledad. Se siguieron los mismos pasos metodológicos utilizados en la sesión anterior, pero se complementó con la introducción de una hoja de registro de emociones. Esta herramienta consiste en un método utilizado para recopilar información sobre los fenómenos relacionados con la experiencia emocional. Consiste en llevar un registro diario o periódico de las emociones experimentadas en diferentes momentos del día, así como de las situaciones, pensamientos y sensaciones físicas asociadas a dichas emociones (Tortella et al., 2012).

El propósito de utilizar esta técnica fue el facilitar que la paciente recuerde cómo se siente y qué emociones surgen a lo largo de la semana. Se buscó obtener una visión más clara de sus estados emocionales y establecer conexiones entre las circunstancias, pensamientos y sensaciones físicas que acompañan a esas emociones.

Previo a finalizar la sesión, se evaluó el avance en relación a la lista de actividades propuestas en la sesión anterior y se indagó sobre el nivel de satisfacción experimentado al realizar dichas actividades. Se motivó a la paciente a continuar llevando a cabo estas tareas como parte de su proceso terapéutico.

- **Sesión 3:**

La tercera sesión terapéutica se comenzó revisando el autorregistro de emociones que se le envió como tarea, aquí se identificaron los pensamientos negativos de la paciente y por medio del debate socrático que es una técnica utilizada para debatir y modificar: ideas irracionales, pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales. Esto guía a la persona que se realice un cambio cognitivo y por ende se dé modifiquen o se desarrollen emociones y conductas, más adaptativas. (Pollini, et. al, 2009). Para seguir cuestionando los pensamientos o creencias negativas nos apoyamos de cuentos metafóricos y posteriormente

se le explicó la relación entre pensamiento, emoción y conducta para que de esta manera la paciente entienda como los pensamientos influyen en nuestras emociones o conductas.

Después se comenzó a trabajar en el deterioro cognitivo, que es un conjunto de técnicas y estrategias que procuran mejorar la eficacia del funcionamiento de las diferentes capacidades, procesos cognitivos básicos, superiores, mediante actividades que activan y estructuran lo que se denominan “Programas de Estimulación”. Por esta ocasión la estimulación cognitiva estuvo orientada a la identificación de objetos. Para trabajar esto se obtuvo una serie de fichas con distintos objetos cotidianos, así de esta manera junto a la paciente se identificaron los nombres, función y características.

- **Sesión 4:**

En el inicio de esta sesión, se procedió a abordar y discutir cada uno de los pensamientos negativos asociados a la experiencia de soledad. Como parte de este proceso, se empleó una técnica llamada reminiscencia, la cual consiste en recuperar episodios vividos personalmente en el pasado. Esta técnica implica reflexionar sobre experiencias previas, especialmente aquellas que resultan gratificantes a nivel personal (McMahon y Rhudick, 1964).

Mediante el uso de la reminiscencia, se buscó estimular la memoria de la paciente y permitirle darse cuenta de que a lo largo de su vida ha contado con personas que la apoyan y han estado presentes en su camino. Para reforzar este proceso, se utilizaron cuentos metafóricos, solicitando a la paciente que reflexionara sobre la metáfora y cómo esta se relaciona con los eventos que está experimentando en su vida.

Con el fin de estimular la memoria, se utilizó un juego de tarjetas en el cual se debía recordar la ubicación de estas, así identificar el objeto representado en cada tarjeta y mencionar su función. Este ejercicio se complementó con la creación de una lista de pasos a seguir antes de llevar a cabo tareas que presentaban dificultades para la paciente, como preparar café, hacer compras, entre otras. Durante la terapia, se practicaron estos pasos utilizando ejercicios ficticios. La organización de la información y la implementación de listas

de pasos pueden ser de utilidad para mejorar la memoria o reducir la carga cognitiva necesaria para recordar información relevante.

- **Sesión 5:**

Para la sesión número cinco se comenzó a trabajar con la técnica de reminiscencia y el recuerdo diferido, para esto se le pidió a la paciente que nos mencione fichas importantes para ella y nos relate a manera de cuento que hizo en esas fechas y porque son importantes para ella. Todo esto ayudó a reforzar la memoria a largo plazo y el recuerdo diferido a la misma vez que la paciente revive aquellos buenos recuerdos de su vida. A continuación, se trabajó en el desarrollo de autoinstrucciones de Meichenbau, este modelo, piensa que el lenguaje tiene la función de ordenar y guiar la conducta, para ello se requiere que el individuo comience hablando en voz alta pronunciando ciertas instrucciones dadas hasta internalizarlas y de esta manera incrementar el autocontrol (Rivera Flores, 2015). Esto se llevó a cabo en terapia, primero se creó un ejemplo de alguna actividad que R.F. quisiera aplicar, para después ella vaya mencionando en voz alta los pasos a realizar, posteriormente la paciente practicó dicha técnica con otro ejemplo mientras que se le guiaba.

Para finalizar se empleó la técnica de Mindfulness la cual es definida como para una toma de conciencia no evaluativa, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es, sin juicios de valor (Langer et al., 2017). Con el objetivo aplicar la técnica de Mindfulness se le sugirió a la paciente que lleve un diario de gratitud y que tome unos minutos cada día para anotar tres cosas por las que está agradecido, se pidió esto con él para discutir cómo la práctica de la gratitud está afectando su estado emocional.

- **Sesión 6:**

Se comenzó la sesión revisando el cuaderno de agradecimiento, para esto se identificaron cuáles fueron los momentos por los que la paciente se siente agradecida y se le preguntó qué emoción le generó dicho momento. Después se trabajó en el lenguaje del paciente, para esto se le mostró al paciente una serie de imágenes con varios objetos para que pueda identificar uno por uno, después de esto se le indicó que inventara una historia

con todos los objetos que recuerda y nos relate a manera de cuento corto. Este ejercicio, se aplicó de manera que el terapeuta también forme parte del ejercicio por tal razón se iban turnando al momento de contar la historia e identificar objetos. Otro ejercicio utilizado en la sesión para potenciar el lenguaje fue la conversación dirigida, apoyada en la técnica de reminiscencia, aquí el terapeuta plantea preguntas específicas sobre la vida del adulto mayor. Esto puede ayudar a reforzar el lenguaje y mejorar la capacidad de comunicación.

Para finalizar se preguntó a la paciente cuáles actividades de la vida diaria se le seguían complicando, realizar para en la terapia, trabajar y desarrollar una lista de pasos a seguir para poder aplicarlas.

- **Sesión 7:**

El objetivo de la sesión número siete es continuar desarrollando la autonomía del paciente por medio de autoinstrucciones para esto, de igual manera que en la sesión número seis se indagó sobre las actividades que aún se le dificultaban realizar y junto al terapeuta se fueron viendo los pasos necesarios para realizar la actividad a desarrollar, posterior a esto la paciente en voz alta pronuncio los pasos a seguir para no olvidar o saltarse alguno de los pasos. A lo largo de las sesiones la paciente pido que se le ayude a poder mejorar sus habilidades sociales para poder cumplir con esta petición, se le brindó una serie de frases para poder abrir una conversación, mantener una conversación o expresarse de manera natural, una vez dadas las frases se practicó la manera de decir dichas frases con el terapeuta a manera de role play donde se intercambiaron roles es decir el terapeuta hace de paciente y viceversa eso se hace con el objetivo de que la paciente vea cómo actuar y qué frases decir.

Por último, a manera de repaso de la sesión se le preguntó a la paciente que es por lo que se sintió agradecida durante la terapia, además se le alentó a continuar con el diario de gratitud.

- **Sesión 8:**

Durante esta sesión, se enfocó en el entrenamiento de habilidades sociales. El terapeuta proporcionó a la paciente consejos prácticos sobre cómo iniciar conversaciones, mantenerlas y formular preguntas adecuadas. Una vez que se abordaron estos aspectos, se

llevó a cabo un ejercicio de roleplay en el cual se simuló la aplicación de estas habilidades. En este ejercicio, tanto el terapeuta como la paciente intercambiaron roles, permitiendo a la paciente demostrar lo aprendido.

Al finalizar la sesión, se realizó una revisión para afianzar lo aprendido. Se le solicitó a la paciente que recapitulara lo que había aprendido durante la terapia, fomentando la retención de los conocimientos adquiridos. Además, se revisó el diario de gratitud, en el cual la paciente expresaba las razones por las cuales se sentía agradecida en diversas situaciones.

- **Sesión 9:**

Durante la sesión número nueve, se centró en la aplicación de pruebas con el propósito de evaluar y evidenciar posibles cambios que hayan ocurrido a lo largo del proceso terapéutico durante las semanas anteriores. Se seleccionó pruebas adecuadas que se alinearan con los objetivos y áreas de trabajo abordadas durante la terapia. Estas pruebas o instrumentos que se aplicaron permitieron obtener datos cualitativos para evaluar el progreso de la paciente en relación a los aspectos trabajados en terapia. El análisis de los resultados obtenidos de las pruebas brindó información objetiva sobre la evolución de la paciente, lo cual sirvió como base para evaluar la efectividad de las intervenciones y ajustar el plan terapéutico en consecuencia.

Capítulo tres

Resultados

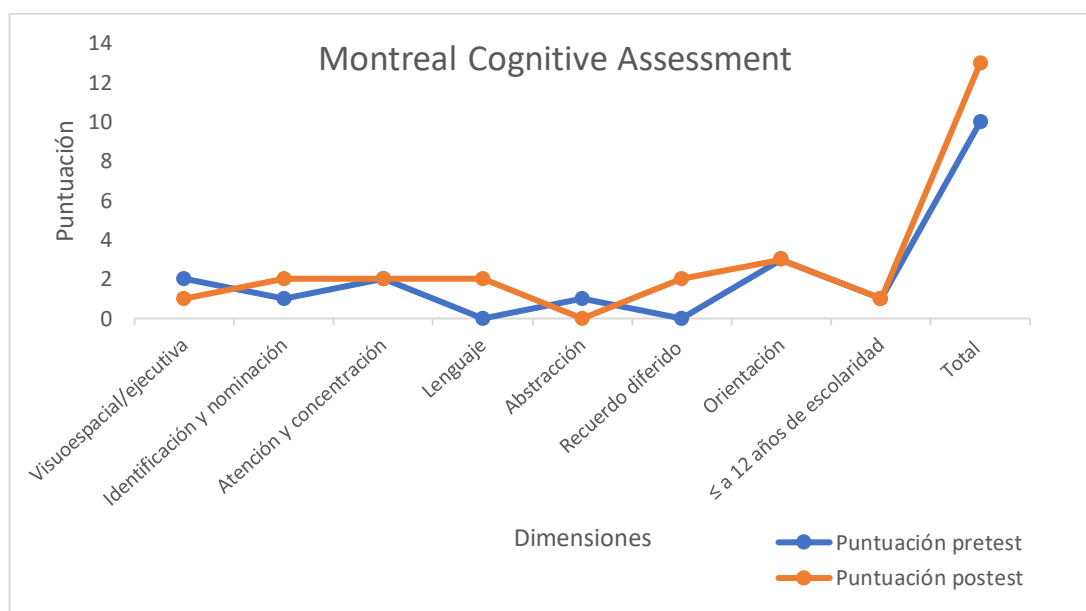
3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Después de finalizar las sesiones terapéuticas, se procedió a realizar la evaluación postest de los diferentes instrumentos aplicados. El propósito de estas evaluaciones era determinar el impacto del tratamiento psicológico recibido a lo largo de las sesiones. El pretest se llevó a cabo antes de iniciar el tratamiento, mientras que el postest se realizó después de finalizar todas las sesiones. Estas evaluaciones permitieron medir los cambios y mejoras en diversos aspectos relacionados con el bienestar psicológico del paciente, proporcionando una visión clara del efecto del tratamiento.

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Figura 2

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)



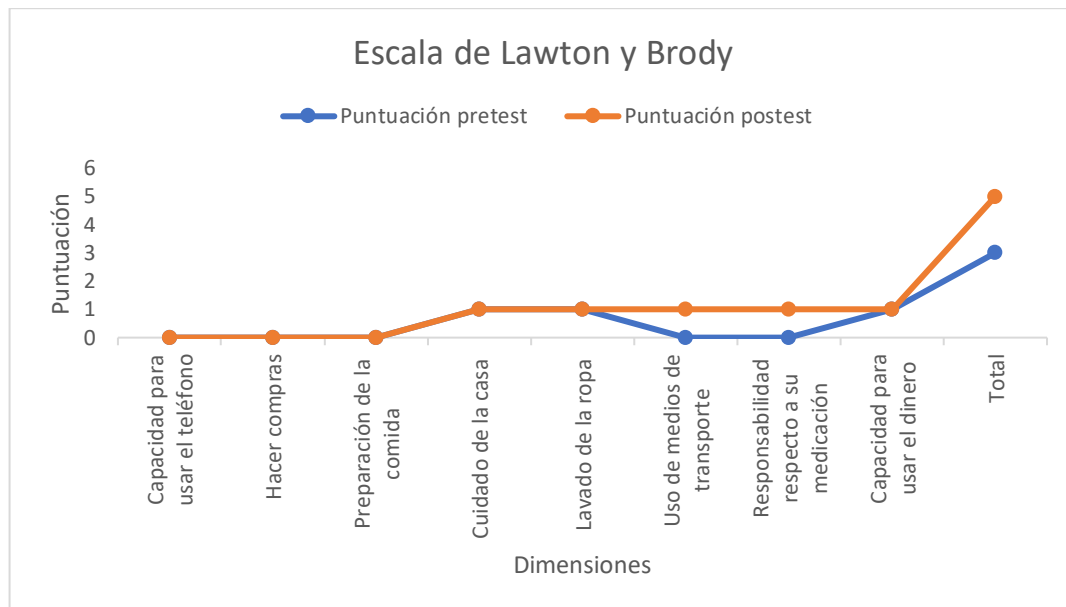
La primera vez que se aplicó el instrumento Montreal Cognitive Assessment (MOCA) la paciente presentó un resultado de 10/30, presentando dificultades en las áreas como identificación 1/3, lenguaje 0/3, recuerdo diferido 0/5. Al volver a aplicar el instrumento se obtuvo un resultado de 13/30, es decir una mejora de tres puntos, las sesiones donde se mejoraron las puntuaciones a diferencia del anterior fueron, identificación 1 punto más,

lenguaje 2 puntos más y recuerdo diferido 2 puntos más, sin embargo, hubo una disminución de 1 punto en el área visoespacial y ejecutiva.

Escala de Lawton y Brody

Figura 3

Escala de Lawton y Brody

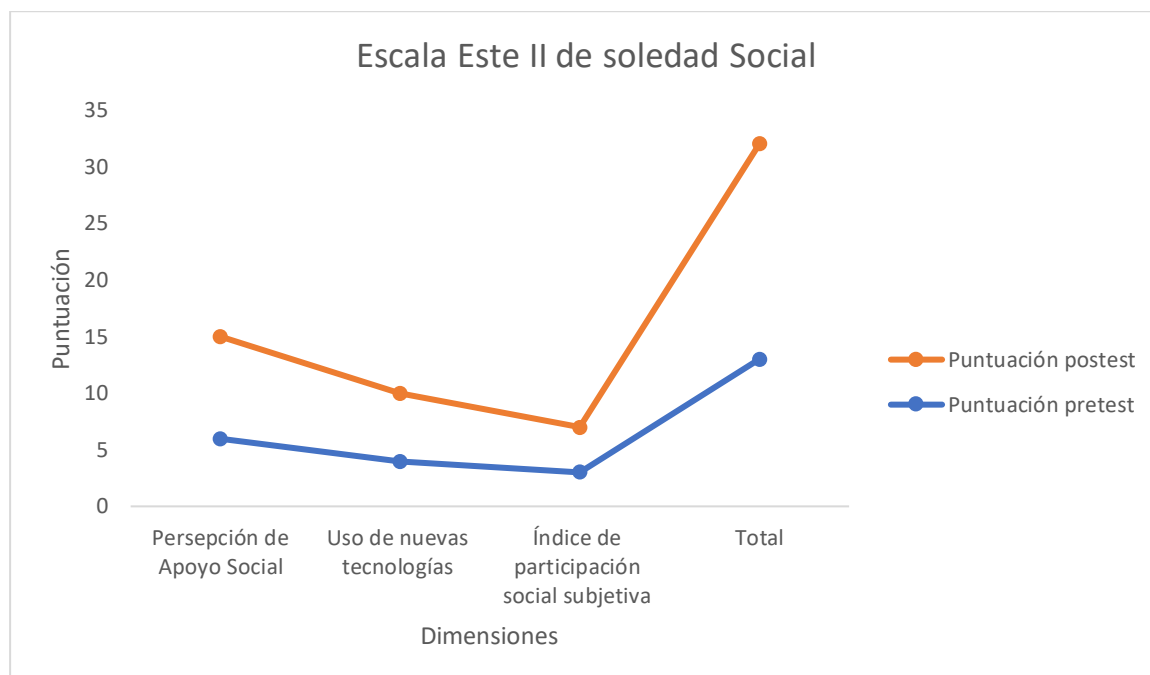


Tas la aplicación de esta escala durante las primeras sesiones se tuvo como resultado de 3/8 lo que nos indica una dependencia grave en la paciente, sin embargo, al aplicar una segunda vez dicha escala se obtuvo una mejoría en las áreas como uso de medios de transporte y responsabilidad respecto a su medicación como resultado final nos da un 5/8 esto nos da a entender que la paciente tiene una dependencia moderada.

Escala Este II de soledad Social

Figura 4

Escala Este II de soledad Social

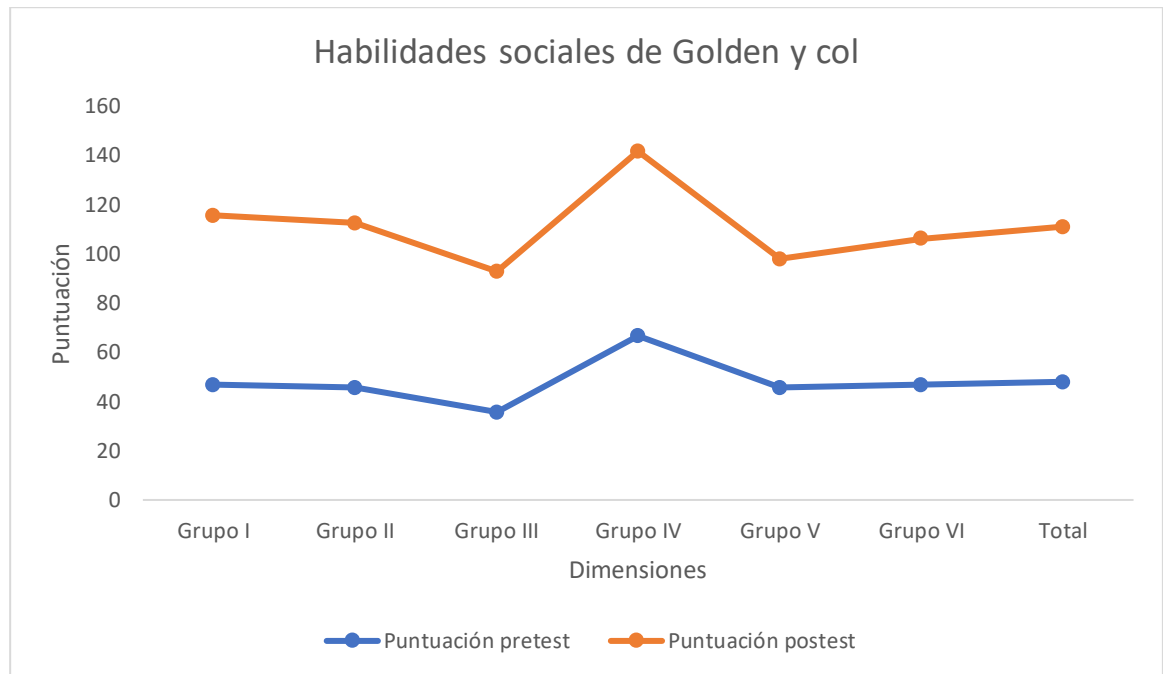


En la primera aplicación de la escala, se registró una puntuación de 13 puntos, mientras que en la segunda aplicación se obtuvieron 19 puntos. Al analizar a nivel individual, observamos que, en la dimensión de perspectiva de apoyo social, se obtuvieron 6 puntos en la primera ocasión, mientras que en la segunda vez se alcanzaron 9 puntos, lo que representa un incremento de tres puntos en esta dimensión. En cuanto al uso de nuevas tecnologías, se registraron 4 puntos en la primera ocasión, mientras que en la segunda vez se obtuvieron 6 puntos. Por último, en relación con el índice de participación social, se obtuvieron 3 puntos en la primera medición y 4 puntos en el postest.

Habilidades sociales de Golden y col

Figura 5

Habilidades sociales de Golden y col



La gráfica muestra claramente el aumento en el nivel de habilidad social de la paciente. En la primera aplicación del test, se obtuvo una puntuación total de 47,91, mientras que en la segunda aplicación se alcanzó un resultado final de 63,11. Esto indica un incremento significativo en el nivel de habilidad social de la paciente, lo cual es evidente en la mejora de su desempeño en diversas dimensiones evaluadas.

Discusión

Este estudio se centró en mejorar las capacidades cognitivas, reducir los sentimientos de soledad, fomentar la autonomía y en el desarrollo de habilidades sociales, mediante la aplicación de la Terapia Ocupacional y Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de una paciente que presenta Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

Se utilizaron diversos enfoques y técnicas durante la evaluación diagnóstica, donde podemos destacar la realización de entrevistas clínicas, la observación directa y la aplicación de instrumentos específicos. Estos métodos fueron escogidos tomando en cuenta las diferentes áreas de interés que se querían indagar. De esta manera, se pudo obtener una visión integral y precisa de la situación, permitiendo un diagnóstico más completo y fundamentado.

El estudio realizado por Pocklington, titulado "La precisión diagnóstica de las versiones breves de la escala de depresión geriátrica: una revisión sistemática y un Metaanálisis", señala que la escala geriátrica de Yesavage es una herramienta efectiva para evaluar la depresión en adultos mayores (Pocklington et al., 2016). Basándonos en la incidencia de este estudio, se ha usado la escala de depresión en el presente caso clínico.

De igual forma, en un estudio procedido por (Özkan et al., 2019), destaca la importancia de considerar la Escala de Lawton y Brody como una herramienta confiable y válida para medir el nivel de independencia en adultos mayores. Sin embargo, en una revisión sistemática llevada a cabo por Echeverría y sus colegas, se concluye que, a pesar de ser ampliamente usada, la Escala de Lawton y Brody recibe críticas significativas debido a su sesgo de género, cultura y nivel socioeconómico. Estos sesgos afectan directamente la puntuación y la categorización del nivel de dependencia. A pesar de estas críticas, la razón por la cual la escala sigue siendo ampliamente utilizada podría deberse a su utilidad y factibilidad en términos de accesibilidad, tiempo de administración breve y facilidad de uso sin necesidad de capacitación especializada (Echeverría et al., 2021). En el estudio realizado por (Navarro et al., 2017) en la población mexicana, se concluyó que el cuestionario Montreal Cognitive Assessment (MoCA) es un instrumento válido y confiable para el cribado del

Deterioro Cognitivo Leve y la demencia. La Escala ESTE II de soledad social se considera una herramienta efectiva para recopilar información sobre los sentimientos de soledad. Esto se respalda por un estudio realizado en pacientes que ingresaron en el servicio de Geriátrica del Hospital Clínico Quirúrgico "comandante Faustino Pérez" en la provincia de Matanzas. Es importante destacar que esta escala ha sido validada a nivel nacional e internacional para evaluar el nivel de soledad social (Hernández Falcón et al., 2020).

Se llevó a cabo una exhaustiva investigación sobre diversos instrumentos para medir la sintomatología expresada por el paciente, con el objetivo de confirmar las hipótesis planteadas en relación al trastorno. Una vez concluida esta investigación, se optó por utilizar los mencionados instrumentos debido a los numerosos beneficios que ofrecen en la identificación de las sintomatologías de la paciente. Además, se pudo constatar la aplicabilidad de estas escalas en una población de adultos mayores. Esto se puede evidenciar en el artículo titulado "Contribución de las terapias ocupacionales en el tratamiento no farmacológico de los síntomas psicoconductuales en la demencia" (Rodríguez y Gajardo, 2012) destaca la importancia de las terapias ocupacionales como un recurso valioso para el abordaje de los síntomas psicoconductuales en personas con demencia. Según los autores, estas terapias pueden desempeñar un papel significativo en la reducción de la progresión de dichos síntomas, gracias a la implementación de una variedad de actividades terapéuticas.

Se ha utilizado otro enfoque clínico, conocido como terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de adultos mayores. Varios estudios respaldan la efectividad de este enfoque tanto en intervenciones grupales como individuales. Por ejemplo, Gamarra (2006) presenta un caso de una paciente de 83 años con diagnóstico de depresión moderada. En el estudio, se implementó un diseño de caso A-B-A, utilizando técnicas conductuales y cognitivas para abordar la intensa sensación de soledad y tristeza que experimentaba la paciente. Al finalizar el tratamiento, se observó una reducción en la sensación de soledad y una disminución en la frecuencia de la tristeza a lo largo de la semana. Además, se evidenció una mejora en el estado de ánimo, la capacidad de toma de decisiones y un aumento en la conducta de salir sola.

Considerando la información anterior, se implementó la terapia ocupacional como el modelo terapéutico para abordar la promoción de la autonomía y la reducción de los signos de la demencia en la paciente. Mientras que se utilizó la terapia cognitivo conductual para trabajar los sentimientos de soledad donde se obtuvieron buenos resultados.

Como se mencionó anteriormente, este caso clínico se ha llevado a cabo durante doce sesiones mediante una intervención cognitivo-conductual y terapia ocupacional, aquí se incorporó técnicas como: psicoeducación, identificación de emociones, activación conductual, autorregistros de emociones, debate socrático, cuentos metafóricos, estimulación cognitiva, técnica de reminiscencia, mindfulness, autoinstrucciones, entrenamiento en habilidades sociales, roleplay

La técnica de psicoeducación influye de manera significativa en las emociones de las personas adultas mayores, esto se evidencia en un estudio aplicado en la casa de abuelos "El Porvenir", donde se logró aumentar el nivel de conocimiento sobre las emociones, lo que permite a los pacientes comprender mejor sus propios procesos emocionales. Además, se observó una modificación en los niveles de afectividad positiva y negativa, con un predominio de afectos positivos, lo que indica una mejora en el bienestar emocional.

Asimismo, la psicoeducación permitió a los pacientes adquirir habilidades para la regulación emocional a través de estrategias de manejo y expresión emocional. Esto implica que los pacientes fueron capaces de identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera más efectiva, lo que contribuye a una mayor autorregulación emocional y a una respuesta adaptativa frente a las dificultades emocionales en este caso relacionadas con la COVID-19 (Delgado y García, 2021). Fernández en su estudio titulado "La identificación y regulación emocional en adultos mayores: implicancias para el bienestar psicológico" nos señala la importancia de poder identificar y regular las emociones para poder tener un bienestar psicológico. Se enmarca a necesidad de promover estas habilidades de identificar y comprender las emociones en esta población, ya que se ha encontrado una relación significativa entre una mayor identificación emocional y un mejor bienestar psicológico en los adultos mayores. Además, se discuten estrategias y técnicas de intervención que pueden ser

utilizadas para fortalecer la identificación emocional en este grupo de edad (Fernández et al., 2017). Esto mismo se relacionaría con la importancia de emplear un registro de emociones en terapia, para que los adultos mayores pueden reconocer y comprender mejor los desencadenantes de su patología o en este caso de estudio los desencadenantes de los sentimientos de soledad, lo que puede facilitar el trabajo terapéutico para abordar estos problemas.

Una técnica utilizada en este contexto es la de los cuentos metafóricos, como menciona (Queraltó, 2006) en su artículo titulado "Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual". Esta técnica ofrece diversos beneficios para la terapia, entre los cuales se destacan los siguientes puntos clave: las metáforas permiten explicar conceptos terapéuticos de manera más comprensible para el cliente, relacionándolos con algo que ya conocen. Esto facilita la comprensión de las técnicas psicológicas y su aplicación en la vida del paciente, también estimulan la imaginación y la creatividad, fomentando una nueva forma de abordar el problema y generar soluciones. Al emplear metáforas, se pueden cambiar los enfoques y perspectivas, lo cual puede ser especialmente útil cuando las estrategias anteriores no han sido efectivas. En un caso clínico propuesto por Barraca donde un sujeto varón de 44 años con síntomas de depresión se le aplicó la técnica de la Activación Conductual los resultados fueron una mejora significativamente la salud mental del sujeto (Barraca, 2010).

(Pollini et al., 2009) en su revisión bibliográfica y estudio exploratorio sobre el uso del debate cognitivo en la práctica clínica, menciona que la mayoría de los terapeutas utilizar la técnica del debate socrático siempre o casi siempre donde se tiene entre un 50 y 100 % de eficacia dentro de la terapia.

La terapia de reminiscencia en personas con demencia es efectiva pues, los resultados de un estudio proporcionaron alguna evidencia de que la TR puede aliviar una serie de condiciones psicológicas y de comportamiento en los individuos con demencia, incluida la depresión, el bienestar, la memoria, la calidad de vida, el comportamiento y la comunicación (Travers et al., 2022).

En el artículo titulado Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en Caso de Patología Cerebra se habla de la eficacia en la utilización de autointrusiones, ejercicios de estimulación cognitiva, los programas de entrenamiento en habilidades sociales y la adaptación del entorno entre otros al momento de tratar estas alteraciones. Este estudio tiene una gran relación con el caso clínico abordado pues, las personas que sufren alguna alteración en el lóbulo frontal al igual que las que sufren de una demencia presentan conductas inapropiadas, irritabilidad, labilidad emocional, dificultades para responder a señales sociales, alteraciones para planificar, por lo que estas técnicas son aplicables para ambos casos. (Lasprilla, Rodríguez 2008).

Con base en los estudios expuestos, se puede observar una amplia evidencia que respalda tanto las técnicas terapéuticas utilizadas como los instrumentos de evaluación empleados en poblaciones similares o relacionadas con el caso de estudio. Estas investigaciones previas proporcionan sustento científico y respaldo empírico a la efectividad de las intervenciones aplicadas y los instrumentos utilizados para evaluar los resultados.

La existencia de estudios previos en poblaciones similares permite establecer comparaciones y generalizaciones sobre la eficacia de las técnicas y herramientas usadas. Al contar con evidencia respaldada por la investigación científica, se fortalece la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos en el caso particular estudiado.

Esta base de evidencia respalda la utilización de las técnicas y los instrumentos en contextos clínicos y terapéuticos, brindando una mayor credibilidad a los resultados y reforzando la confianza en la efectividad del tratamiento aplicado. La investigación previa proporciona un marco teórico sólido y contribuye al avance y desarrollo de la práctica psicológica, permitiendo obtener conclusiones más sólidas y fundamentadas sobre los beneficios de las intervenciones terapéuticas empleadas. Podemos concluir que la implementación de esta terapia arrojó resultados satisfactorios en relación a este caso clínico. Pues se pudieron cumplir con los objetivos planteados dentro de las sesiones terapéuticas y así de esta manera se evidenció los cambios positivos establecidos en respuesta a las necesidades del paciente, evidenciando mejoras

significativas y beneficiosos. Cabe aclarar que estas mejoras se vieron reflejadas al momento de observar los resultados del post- tratamiento, pues aquí se indica que existió un incremento en la variable cognitiva una mejora parcial en las variables de habilidades sociales, sentimientos de soledad y autonomía.

En relación a las limitaciones de este estudio, es importante tener en cuenta que la aplicación de la misma terapia a personas que padecen el mismo trastorno no garantiza su efectividad, ya que cada paciente es único y tiene diferentes estilos y formas de respuesta. Además, existen diversas variables, como las características personales, el contexto y los factores psicológicos, entre otros, que influyen en la efectividad del tratamiento.

Otra limitación se relaciona con la falta de apoyo familiar debido a la mala relación de la paciente con sus hijos.

Para finalizar, se lograron alcanzar de manera efectiva todos los objetivos terapéuticos establecidos gracias a la constancia y el compromiso tanto dentro como fuera del tratamiento. Esto se reflejó en el cumplimiento de las tareas asignadas en el hogar. Además, un factor relevante que contribuyó al estímulo cognitivo constante de la paciente fueron las actividades recreativas llevadas a cabo en el centro gerontológico.

Conclusiones

En conclusión, es crucial realizar una evaluación exhaustiva del nivel de comprensión y demencia de la paciente antes de implementar un modelo terapéutico. Las herramientas utilizadas, como la escala de Lawton y Brody, la Escala ESTE II de soledad, el Montreal Cognitive Assessment, la escala de habilidades sociales de Golden y col., proporcionan información precisa sobre su estado cognitivo, autonomía, habilidades sociales o sentimientos de soledad. Esta información permite adaptar estrategias terapéuticas de manera precisa, asegurando una intervención efectiva y personalizada.

En el caso clínico, se ha diagnosticado demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar, siendo el hipotiroidismo y la edad factores predisponentes. El tratamiento recomendado incluye terapia cognitivo-conductual para abordar los sentimientos de soledad, considerando el nivel de comprensión y las ideas arraigadas de la paciente. Es fundamental establecer una comunicación clara y empática, respetando los límites y preferencias de la paciente.

La terapia ocupacional es fundamental en el abordaje de personas con demencia, ya que estimula constantemente al paciente a través de actividades significativas adaptadas a sus habilidades. Promueve el mantenimiento y mejora de las capacidades cognitivas, físicas y emocionales, retrasando el deterioro cognitivo y fomentando la independencia y calidad de vida.

Recomendaciones

Se recomienda utilizar los instrumentos terapéuticos para que nos brinden una visión más amplia de la patología del paciente, para que de esta manera se pueda trabajar en las áreas afectadas, además se debe enfocar el trabajo a todas las áreas cognitivas, no solo aquellas que se ven afectadas, ya que la falta de estimulación completa puede llevar al deterioro progresivo de aquellas áreas que inicialmente están preservadas. Es fundamental considerar el historial clínico del paciente en términos de enfermedades somáticas, porque estas pueden actuar como factores predisponentes para la aparición de trastornos mentales, tal como se ilustró en el caso clínico. Además, el terapeuta puede emplear estrategias colaborativas con los familiares del paciente, lo cual es especialmente relevante cuando el individuo presenta dificultades amnésicas, con el fin de potenciar la eficacia terapéutica.

Se recomienda que al momento de trabajar con la terapia cognitivo conductual se tenga en consideración el nivel de comprensión de la paciente y adaptar la terapia a sus necesidades específicas. Mientras que al trabajar con la terapia ocupacional se debe estimular constantemente al paciente a través de actividades que ayuden a la autonomía y la independencia para que se promueva una mejor calidad de vida.

Referencias

- Aguilar Navarro, S. G., Mimenza Alvarado, A. J., Palacios García, A. A., Samudio Cruz, A., Gutiérrez Gutiérrez, L., y Ávila Funes, J. A. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47, 237-243. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>.
- Aguirre, A. (2004). Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del Sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores 2002. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Arenas, M. D., Chamarro, M. F., Robles, G. P., Collado, S., Farrera, J., Galceran, I., . . . Pascual, J. (2023). Influencia de los determinantes sociales de la salud en la elección de tratamiento renal sustitutivo en la enfermedad renal crónica avanzada: necesidad de un enfoque multidisciplinar. *Nefrología*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.04.001>.
- Ayllón, E. P., y Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigrafí.
- Bandari, HR, K., FM, S., A, E., AA, K., y A, M. (2019). Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev*, 1(8), 26.
- Barraca, M. J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n2a7>
- Barraza, A., y Castillo, M. (2006). El Envejecimiento. *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo*. : http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf

- Blanco, Á. T. (2015). Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor. *Anales en Gerontología*, 7(7), 26-40. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17568>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 780–795. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.780>
- Bueno, J. O., Rodríguez Pardillo, C., González Estrella, J., y Aldaz Barrena, C. (2018). Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la zona 7. Ecuador, 2016. *Medicina*, 22(1), 9-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8289872>
- Cohen, M., Hazan, H., Lerman, Y., y Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. <https://doi.org/doi:10.1017/S1041610215001532>
- Delgado, C., Araneda, A., y M.I. Behrens. (2019). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*, 34(6), 376-385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>.
- Delgado, S. L., y García, R. J. (2021). Sistema de acciones psicoeducativas para la regulación emocional en adultos mayores durante la COVID-19. *Progaleno*, 4(2), 80-90. <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/282>
- Díaz, N., Bárbara, G. M., y Aracelys, L. G. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cubana Med Gen Integ*, 22(1). https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007&lng=es
- Echeverría, A., Cauas, R., Díaz, B., Sáez, C., y Cárcamo, M. (2021). Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión

- sistemática. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 474-490.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.012>
- Espinosa, d. p., Espinosa, P. S., Garzon, Y. R., Velez, R. M., Batallas, E. V., Basantes, A., . . . M. (2012). Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha–Ecuador (Estudio FARYPDEA). *Revista de Neurología*, 37(1), 49-54. <https://www.researchgate.net/publication/256293953>
- Estévez, F., Abambari, C., Atiencia, R., y Webster, F. (2014). Deterioro cognitivo y riesgo de demencia, una realidad para el Ecuador. Estudio de factores de riesgo en un grupo de pacientes jubilados del IESS en Cuenca en el año 2013. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1), 12-17. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/01/Deterioro-cognitivo-y-riesgo-de-demencia_REN-Vol-23-N%C2%BA1-3-2014.pdf](https://www.researchgate.net/publication/256293953)
- Fernández, Á. H., y Opazo, R. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, B. P., Extremera, N., y Ruiz-Aranda, D. (2017). La identificación y regulación emocional en adultos mayores: implicancias para el bienestar psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 87-97.
- García de la Fuente, M. (2014). *Psicodiagnóstico*.
- Hernández Falcón, N., Pierrez Martínez, M., Martínez González, B. M., Morejón Milera, A., Arencibia Márquez, F., y Álvarez Escobar, M. D. (2020). Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de Geriatria. Hospital "Comandante Faustino Pérez". *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1781-1791.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jiménez, B. A., Esquivel, L. E., Pérez, F. Á., y Aragón, L. C. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención familiar*, 23(4), 129-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>

- Karlin, B. E., Trockel, M., Brown, G. K., Gordienko, M., Yesavage, J., y Taylor, C. B. (2015). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression among Older Versus Younger Veterans: Results of a National Evaluation. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(1), 3-12. <https://doi.org/DOI:10.1093/geronb/gbt096>
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., y Magni., A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*, 145(4), 476-482. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008>
- López, B. P., Molina, P. D., y Arnaiz, B. N. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Ed. Médica Panamericana.
- Luna, S. Y., y Vargas, M. H. (2018). actores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr*, 81(1), 9-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Mendonça, D., y Ivbijaro. (2013). Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges. *Mental Health Fam Med*, 10(3), 125-127. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3822658/>
- Navarro, M. S., Vergara, A. S., y Hernández, A. O. (2017). Atención psicológica de personas mayores, víctimas del conflicto armado colombiano: una mirada psicosocial. *Cultura, Educación y Sociedad*, 8(1), 9-24. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.8.1.2017.01>
- OMS. (15 de Marzo de 2023). *Organización mundial de la salud*. Demencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- ONU. (1 de julio de 2023). *Naciones Unidas en México*. El mundo ha fracasado en atender a las personas con demencia: OMS: <https://mexico.un.org/es/155199-el-mundo-ha-fracasado-en-atender-las-personas-con-demencia-oms>

- Orozco, Z. C., Flores, M. R., Salinas, M. V., y Trujillo, J. A. (2021). Terapia ocupacional en el adulto mayor como estrategia para prevenir el deterioro cognitivo. *Cuidarte*, 3(6), 26-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=101391>
- Özkan, U. M., Elif Fatma Özkan, P., Hüseyin, B., Bilge, U., y Ünlüoğlu., İ. (2019). AWTON Adaptation and Reliability of Instrumental Daily Life Activities Scale to Turkish. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 18(5), 71-74. https://www.researchgate.net/publication/335174902_LAWTON_Adaptation_and_Reliability_of_Instrumental_Daily_Life_Activities_Scale_to_Turkish
- Pallás, C. M., y Ilorens, O. G. (2010). Enfoque de la Evaluación Psicológica de la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (Ridep). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 30, 35-55. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645442003.pdf>
- Palma, A. E., y Escarabajal, A. M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., y McMillan, D. (2016). La precisión diagnóstica de las versiones breves de la escala de depresión geriátrica: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud*, 31(8). <https://doi.org/10.1002/gps.4407>
- Pollini, G., Micheff, M., y Better, M. P. (2009). Estudio exploratorio: uso del debate cognitivo en Terapia Cognitiva-Conductual. *Revista de Psicologia da IMED.*, 1(1), 72-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p72-81>
- Polo, P. J., y Díaz, P. D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Queraltó, M. j. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 116-122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827207>

- Rodríguez, J., y Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la terapia ocupacional en los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2), 1-12. <https://core.ac.uk/download/pdf/46526665.pdf>
- Rodríguez, V. M., Rodríguez, R. A., y Rojas, P. L. (2022). Confiabilidad de la versión española del cuestionario de Yesavage abreviado en adultos mayores cubanos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8747>
- Rosique, M. T., y Sanz, A. M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 17-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4954443>
- Russo, V., Aparicio, J., Becerra, C., Castillo, C., Depablos, N., Díaz, E., . . . Sánchez., P. (2020). Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 8(1), 31-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7509597>
- Sánchez, A. K. (2022). "Interacción Familiar y Habilidades Sociales en estudiantes de nivelación de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de la Universidad Técnica de Ambato". (*Tesis de licenciatura*). UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/34689>
- Sánchez, C. Z., Sanabria, M. O., Sánchez, M. Z., López, P. A., Sanabria, M. S., Hernández, S. H., . . . Valera., A. U. (2019). "Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 54(6), 346-355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>.
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., y Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 709-714. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.002>.
- Simancas, J. K. (2017). estudio de personalidad en jóvenes universitarios de 20 a 24 años prueba piloto seapsi modificado (Mancheno S. 2017). (*Tesis de licenciatura*).

Universidad Central del Ecuador, Quito.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13972>

- Tortella, F., Blanca, A., Albert, S., Maria, B., Joan, M. G., Alfonso, M.-R., . . . Jordi, U. (2012). Efectos del temperamento y los estilos de regulación emocional en la determinación de estados emocionales negativos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 315-322.
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., y Beattie, E. (2022). Efectividad de intervenciones ocupacionales significativas para personas que viven con demencia en residencias de cuidados para adultos mayores. *Salud Jalisco*, 9(1), 56-60. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2022/sj221i.pdf>
- Yanet, M. P., Marvelis, B. S., Reinier, S. Z., Leydis Yanet, S. C., y Enrique, L. A. (2021). Deterioro cognitivo en gerontes con hipotiroidismo. *Cibamanz2021*.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yesavage, J. A., y Sheikh, J. I. (1986). Geriatric Depression Scale. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. https://doi.org/DOI: 10.1300/J018v05n01_09
- Zambrano, C. P., y Estrada, C. J. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del conocimiento*, 5(2), 3-21.